

精神科入院に関するアンケートのお願い

【研究の概要について】

研究課題名	地域で安心して暮らせる精神保健福祉医療体制における入院医療の検討に資する研究：当事者・家族アンケート全国調査
研究期間	研究実施許可受領後から 2030 年 3 月 31 日まで
アンケート実施期間	研究実施許可受領後から 2026 年 3 月 31 日まで
研究代表者	国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 地域精神保健・法制度研究部 科研費研究員 高嶋里枝
個人情報管理者	国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 地域精神保健・法制度研究部 科研費研究員 奈良麻結
研究に関する問い合わせ先	国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 所属・職名・氏名 地域精神保健・法制度研究部・科研費研究員 高嶋里枝 メールアドレス： involuntary.hosp.research@gmail.com

【この研究について】

私たちは、精神科医療の入院制度の今後のあり方を検討していくために、現在の運用実態や入院経験について調べています。

このアンケートに先駆けて、当事者、ご家族、入院治療に従事する医療職、自治体職員を対象に入院治療に関するインタビュー調査を行ったところ、様々な入院医療をめぐる思いや現状に関するご意見をいただきました。

今後、より良い制度のあり方を検討していくためには、入院医療をめぐる当事者やご家族の思いや意向を把握し、それらを踏まえた制度設計をしていく必要があります。

そこで、今回は、精神疾患の当事者の方への入院にまつわるアンケート調査へご協力をお願いいたします。

このアンケートでは、過去の入院経験についてお伺いします。そのため、入院に関してつらい体験を思い出すことに負担を感じることもあるかもしれません。

過去のつらい体験を思い出し、苦痛を感じられた場合は、いつでもアンケートを中断することが可能です。途中でやめた場合に何か不利益になることはありません。

また、答えたくない質問があったら答えなくても大丈夫です。

本研究は無記名式アンケート調査となっているため、参加後は同意の撤回が困難となります。

あらかじめご了承ください。

回答の所要時間は、20 分ほどとなっています。

回答は 1 回のみでお願いいたします。

本日の日付:(年 月 日)

下記の□にチェックをしていただき、本調査にご協力いただける方は、次ページからの質問へお進みください。

上記研究目的・趣旨を読み、研究への参加に同意する

研究への参加に同意しない

※チェックが付いていない場合、ご回答いただいてもデータとして使用できませんので、必ずどちらかにチェックをお願いいたします。

この研究で回答いただいた情報は、将来、精神疾患の患者やその家族のニーズに応じた精神保健医療を検討していくためのほかの研究で使用させていただく場合があります。

ほかの研究への使用を同意いただける場合は、以下の□にチェックをお願いいたします。

将来のほかの研究への使用に同意する

ご自身のこと

あてはまる内容について、☑をして、()に必要事項をご記入ください。

問1 年代 -----

<input type="checkbox"/> 1) 10代	<input type="checkbox"/> 2) 20代	<input type="checkbox"/> 3) 30代	<input type="checkbox"/> 4) 40代
<input type="checkbox"/> 5) 50代	<input type="checkbox"/> 6) 60代	<input type="checkbox"/> 7) 70代	<input type="checkbox"/> 8) 80代
<input type="checkbox"/> 9) 答えたくない			

問2 性別 -----

<input type="checkbox"/> 1) 男性	<input type="checkbox"/> 2) 女性	<input type="checkbox"/> 3) その他()
<input type="checkbox"/> 4) 答えたくない		

問3 現在、同居しているご家族 **※複数回答可**

<input type="checkbox"/> 1) 父	<input type="checkbox"/> 2) 母	<input type="checkbox"/> 3) きょうだい
<input type="checkbox"/> 4) 子ども	<input type="checkbox"/> 5) 孫	<input type="checkbox"/> 6) 祖父
<input type="checkbox"/> 7) 祖母	<input type="checkbox"/> 8) おじ	<input type="checkbox"/> 9) おば
<input type="checkbox"/> 10) 配偶者	<input type="checkbox"/> 11) 一人暮らし	<input type="checkbox"/> 12) その他 ()
<input type="checkbox"/> 13) 答えたくない		

問4 当事者団体への関わり-----

<input type="checkbox"/> 1) 会員である	<input type="checkbox"/> 2) 会員でない
<input type="checkbox"/> 3) 答えたくない	

問5 現在お住まいの都道府県-----

()

答えたくない

問6 ご自身の診断名-----

()

答えたくない

問7 はじめて精神科や心療内科を受診した年齢-----

()歳

答えたくない

問8 これまでの精神科への入院回数-----

()回

答えたくない

問 9 これまで経験した精神科の入院形態 **※複数回答可**

- | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1) 任意入院 | <input type="checkbox"/> 2) 医療保護入院 | <input type="checkbox"/> 3) 措置入院 |
| <input type="checkbox"/> 4) その他() | <input type="checkbox"/> 5) わからない | |
| <input type="checkbox"/> 6) 答えたくない | | |

問 10 最後に精神科へ入院したときの入院期間----

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1) 3 か月以内 | <input type="checkbox"/> 2) 3~6 か月以内 |
| <input type="checkbox"/> 3) 6 か月~1 年以内 | <input type="checkbox"/> 4) 1 年以上 |
| <input type="checkbox"/> 5) 答えたくない | |

問 11 最後に精神科へ入院した際に退院した日はこの 1 年以内ですか

- | | | | |
|--------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1) はい | <input type="checkbox"/> 2) いいえ | <input type="checkbox"/> 3) わからない | <input type="checkbox"/> 4) 答えたくない |
|--------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|

問 12 最後に精神科へ入院したときの入院形態

途中で切り替わったりした場合、全部の形態を教えてください。**※複数回答可**

- | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1) 任意入院 | <input type="checkbox"/> 2) 医療保護入院 | <input type="checkbox"/> 3) 措置入院 |
| <input type="checkbox"/> 4) その他() | <input type="checkbox"/> 5) わからない | |
| <input type="checkbox"/> 6) 答えたくない | | |

問 13 最後に入院した精神科の病院のある都道府県-----

()

- 答えたくない

A. 最後に精神科へ入院した時の入院前の状況を思い出して教えてください。

あてはまる内容について、☑をして、()に必要事項をご記入ください。

なお、()の自由記述欄については、枠内に記入をお願いいたします。

<p>1. 入院にいたるまでに精神科・心療内科に通院はしていましたか。</p>	<p><input type="checkbox"/> 1) 通院していなかった <input type="checkbox"/> 2) 精神科・心療内科へ通院していた <input type="checkbox"/> 3) 答えたくない</p>
<p>2. 入院にいたるまでに身体科に通院していましたか。 ※複数回答可</p>	<p><input type="checkbox"/> 1) 通院していなかった <input type="checkbox"/> 2) 身体科へ通院していた <input type="checkbox"/> 3) 答えたくない</p>
<p>3. 入院にいたるまでにどのような医療や福祉のサービスを利用していましたか。 ※複数回答可</p>	<p><input type="checkbox"/> 1) 利用していなかった <input type="checkbox"/> 2) 医師の往診・訪問診療 <input type="checkbox"/> 3) 訪問看護 <input type="checkbox"/> 4) デイケア・ショートケア・ナイトケア <input type="checkbox"/> 5) 就労支援 <input type="checkbox"/> 6) 家事援助 <input type="checkbox"/> 7) グループホーム <input type="checkbox"/> 8) その他 <u>※利用していたサービスをご記入ください。</u> () <input type="checkbox"/> 9) わからない <input type="checkbox"/> 10) 答えたくない</p>
<p>4-1. 入院する時、入院を含めた何らかの支援を受けることについて、どのように考えていましたか。</p>	<p><input type="checkbox"/> 1) 自分には入院が必要だった <input type="checkbox"/> 2) 自分には何らかの支援が必要だったが、入院ではなくてもよかった <input type="checkbox"/> 3) 自分には入院も入院以外の支援も必要なかった <input type="checkbox"/> 4) わからない <input type="checkbox"/> 5) 答えたくない</p>
<p>4-2. よろしければ、4.の質問で回答した理由を教えてください。</p>	<p>()</p>
<p>5-1. 入院する前に、入院をしないようになにか工夫したことはありましたか。</p>	<p><input type="checkbox"/> 1) あった <input type="checkbox"/> 2) なかった <input type="checkbox"/> 3) 覚えていない <input type="checkbox"/> 4) 答えたくない</p>
<p>5-2. 5-1.の質問で「あった」と回答した方のみ ご回答ください。入院をしないようになにか工夫したことは何でしたか。</p>	<p>()</p>

<p>5-3.5-1.の質問で「なかった」「覚えていない」と回答した方のみご回答ください。どのようなことが行われていれば、入院しなかったと思いますか。</p>	<p>()</p>
<p>6. 入院の際に、同行した人はいましたか。 ※複数回答可</p>	<p> <input type="checkbox"/> 1) 一人で病院に行った <input type="checkbox"/> 2) 同居していた家族 <input type="checkbox"/> 3) 別居していた家族 <input type="checkbox"/> 4) 保健所の相談員や保健師 <input type="checkbox"/> 5) 市区町村の職員 <small>(保健センターの保健師、市役所の障害福祉担当者、生活保護担当者など)</small> <input type="checkbox"/> 6) 警察 <input type="checkbox"/> 7) かかりつけの精神科の病院職員 <small>(主治医・看護師・心理職・ソーシャルワーカーなど)</small> <input type="checkbox"/> 8) 友人・知人 <input type="checkbox"/> 9) 近所の人・地域の人 <input type="checkbox"/> 10) その他 <small>※同行した人をご記入ください。</small> () <input type="checkbox"/> 11) 答えたくない </p>

B. 最後に精神科へ入院した時、入院が決まった場面のことを思い出して教えてください。

あてはまる内容について、☑をして、()に必要事項をご記入ください。

<p>1. 入院が決まったとき、自分の入院形態（任意入院、医療保護入院、措置入院など）がわかっていましたか。</p>	<p><input type="checkbox"/> 1) わかっていた <input type="checkbox"/> 2) わかっていなかった <input type="checkbox"/> 3) 覚えていない <input type="checkbox"/> 4) 答えたくない</p>
<p>2. 医師から入院治療の必要性に関する説明がありましたか。</p>	<p><input type="checkbox"/> 1) 十分な説明があった <input type="checkbox"/> 2) ある程度説明があった <input type="checkbox"/> 3) あまり説明がなかった <input type="checkbox"/> 4) まったく説明がなかった <input type="checkbox"/> 5) 覚えていない <input type="checkbox"/> 6) 答えたくない</p>
<p>3-1. 医師から説明された入院治療が必要な理由について、その時どのくらい理解できましたか。</p>	<p><input type="checkbox"/> 1) 理解できた <input type="checkbox"/> 2) ある程度理解できた <input type="checkbox"/> 3) あまり理解できなかった <input type="checkbox"/> 4) まったく理解できなかった <input type="checkbox"/> 5) 覚えていない <input type="checkbox"/> 6) 答えたくない</p>
<p>3-2. よろしければ、3-1.で回答した理由を教えてください。</p>	<p>()</p>
<p>4-1. 入院が決まったときの状況として、当てはまるものはどれですか。</p>	<p><input type="checkbox"/> 1) 納得して入院となった <input type="checkbox"/> 2) 納得していなかったが、しぶしぶ同意して入院となった <input type="checkbox"/> 3) 納得していたのに、強制的な入院となった <input type="checkbox"/> 4) 納得せず、強制的な入院となった <input type="checkbox"/> 5) 答えたくない</p>
<p>4-2. よろしければ、4-1.で回答した理由を教えてください。</p>	<p>()</p>

C. 最後に精神科へ入院した時、入院中、退院後に感じたことを教えてください。

あてはまる内容について、☑をして、()に必要事項をご記入ください。

<p>1-1. 入院中にあなたの治療にかかわったスタッフの人数は十分でしたか。</p>	<p><input type="checkbox"/> 1) とてもそう思う <input type="checkbox"/> 2) ややそう思う <input type="checkbox"/> 3) あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 4) まったくそう思わない <input type="checkbox"/> 5) 答えたくない</p>
<p>1-2. よろしければ、1-1.で回答した理由を教えてください。</p>	<p>()</p>
<p>2-1. 入院中にあなたの治療にかけられた時間は十分でしたか。</p>	<p><input type="checkbox"/> 1) とてもそう思う <input type="checkbox"/> 2) ややそう思う <input type="checkbox"/> 3) あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 4) まったくそう思わない <input type="checkbox"/> 5) 答えたくない</p>
<p>2-2. よろしければ、2-1.で回答した理由を教えてください。</p>	<p>()</p>
<p>3-1. (退院後に振り返ってみて) 外来・在宅での治療は困難であり、精神疾患の治療のために<u>自分にとって必要な入院</u>だったと思いましたが。</p>	<p><input type="checkbox"/> 1) とてもそう思う <input type="checkbox"/> 2) ややそう思う <input type="checkbox"/> 3) あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 4) まったくそう思わない <input type="checkbox"/> 5) 答えたくない</p>
<p>3-2. よろしければ、3-1.で回答した理由を教えてください。</p>	<p>()</p>
<p>4-1. (退院後に振り返ってみて) <u>精神疾患の治療以外の理由</u>のために<u>自分にとって必要な入院</u>だったと思いましたが。</p>	<p><input type="checkbox"/> 1) とてもそう思う <input type="checkbox"/> 2) ややそう思う <input type="checkbox"/> 3) あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 4) まったくそう思わない <input type="checkbox"/> 5) 答えたくない</p>
<p>4-2. よろしければ、4-1 で回答した理由について教えてください。(例:同居している家族との関係性が悪く、家にいられなかったため)</p>	<p>()</p>

<p>5-1. (退院後に振り返ってみて)</p> <p>あなたが入院した理由についてどのように思いましたか。</p>	<p><input type="checkbox"/> 1) 納得できる</p> <p><input type="checkbox"/> 2) どちらかといえば納得できる</p> <p><input type="checkbox"/> 3) どちらでもない</p> <p><input type="checkbox"/> 4) どちらかといえば納得できない</p> <p><input type="checkbox"/> 5) 納得できない</p> <p><input type="checkbox"/> 6) わからない</p> <p><input type="checkbox"/> 7) 答えたくない</p>
<p>5-2. よろしければ、5-1.で回答した理由を教えてください。</p>	<p>()</p>

D. 精神科へ入院を経験したことによる影響について教えてください。

あてはまる内容について、☑をして、()に必要事項をご記入ください。

<p>1-1. 入院したことで、あなたの精神的な健康状態にどのような影響がありましたか。</p>	<p><input type="checkbox"/> 1) 良い影響があった <input type="checkbox"/> 2) どちらかといえば良い影響があった <input type="checkbox"/> 3) どちらともいえない <input type="checkbox"/> 4) どちらかといえば悪い影響があった <input type="checkbox"/> 5) 悪い影響があった <input type="checkbox"/> 6) 答えたくない</p>
<p>1-2. よろしければ、1-1.で回答した、理由を教えてください。</p>	<p>()</p>
<p>2-1. 入院したことで、あなたの身体的な健康状態にどのような影響がありましたか。</p>	<p><input type="checkbox"/> 1) 良い影響があった <input type="checkbox"/> 2) どちらかといえば良い影響があった <input type="checkbox"/> 3) どちらともいえない <input type="checkbox"/> 4) どちらかといえば悪い影響があった <input type="checkbox"/> 5) 悪い影響があった <input type="checkbox"/> 6) 答えたくない</p>
<p>2-2. よろしければ、2-1.で回答した理由を教えてください。</p>	<p>()</p>
<p>3-1. 入院したことで、精神症状への対処にどのような影響がありましたか。</p>	<p><input type="checkbox"/> 1) 良い影響があった <input type="checkbox"/> 2) どちらかといえば良い影響があった <input type="checkbox"/> 3) どちらともいえない <input type="checkbox"/> 4) どちらかといえば悪い影響があった <input type="checkbox"/> 5) 悪い影響があった <input type="checkbox"/> 6) 答えたくない</p>
<p>3-2. よろしければ、3-1.で回答した理由を教えてください。</p>	<p>()</p>
<p>4-1. 入院したことで、仕事や学業にどのような影響がありましたか。</p>	<p><input type="checkbox"/> 1) 良い影響があった <input type="checkbox"/> 2) どちらかといえば良い影響があった <input type="checkbox"/> 3) どちらともいえない <input type="checkbox"/> 4) どちらかといえば悪い影響があった <input type="checkbox"/> 5) 悪い影響があった <input type="checkbox"/> 6) 答えたくない</p>
<p>4-2. よろしければ、4-1.で回答した理由を教えてください。</p>	<p>()</p>

<p>5-1. 入院したことで、自分と家族の関係にどのような影響がありましたか。</p>	<p> <input type="checkbox"/> 1) 家族はいない <input type="checkbox"/> 2) 良い影響があった <input type="checkbox"/> 3) どちらかといえば良い影響があった <input type="checkbox"/> 4) どちらともいえない <input type="checkbox"/> 5) どちらかといえば悪い影響があった <input type="checkbox"/> 6) 悪い影響があった <input type="checkbox"/> 7) 答えたくない </p>
<p>5-2. よろしければ、5-1.で回答した理由を教えてください。</p>	<p>()</p>
<p>6-1. 入院したことは、人としての尊厳を失ったなど悪い影響を与えた経験として記憶に残っていますか。</p>	<p> <input type="checkbox"/> 1) 記憶に残っている <input type="checkbox"/> 2) 少し記憶に残っている <input type="checkbox"/> 3) どちらともいえない <input type="checkbox"/> 4) あまり記憶に残っていない <input type="checkbox"/> 5) 記憶に残っていない <input type="checkbox"/> 6) 答えたくない </p>
<p>6-2. よろしければ、6-1.で回答した理由を教えてください。</p>	<p>()</p>

E. 医療保護入院の経験について教えてください。

E.の質問は、医療保護入院を経験した方のみお答えください。

それ以外の方は、F.の質問へお進みください。

あてはまる内容について、をして、()に必要事項をご記入ください。

<p>1-1. 医療保護入院は家族による同意でしたか。市町村長による同意でしたか。 ※複数回答可</p>	<p><input type="checkbox"/> 1) 家族等 <input type="checkbox"/> 2) 市町村長 <input type="checkbox"/> 3) わからない <input type="checkbox"/> 4) 答えたくない</p>
<p>1-2. 1-1.で「家族等」と回答した方のみお答えください。 家族等は、あなたからみてどの続柄の人でしたか。 複数回の医療保護入院の経験がある方は、一番直近の人をお答えください。</p>	<p><input type="checkbox"/> 1) 父 <input type="checkbox"/> 2) 母 <input type="checkbox"/> 3) 配偶者 <input type="checkbox"/> 4) 子ども <input type="checkbox"/> 5) きょうだい <input type="checkbox"/> 6) 後見人・保佐人 <input type="checkbox"/> 7) その他 () <input type="checkbox"/> 9) 答えたくない</p>
<p>1-3. 1-1.で「家族等」と回答した方のみお答えください。 今振り返ってみて、家族等は医師からの説明をうけて、あなたの入院の必要性を理解し、適切に同意を判断していたと思いますか。</p>	<p><input type="checkbox"/> 1) とてもそう思う <input type="checkbox"/> 2) ややそう思う <input type="checkbox"/> 3) あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 4) まったくそう思わない <input type="checkbox"/> 5) 答えたくない</p>
<p>1-4. よろしければ、1-3.で回答した理由を教えてください。</p>	<p>()</p>
<p>1-5. 1-1.で「市町村長」と回答した方のみお答えください。市町村長同意で入院となったとき、入院前あるいは入院中に、自治体の職員の人はあなたのもとに来ましたか。</p>	<p><input type="checkbox"/> 1) はい <input type="checkbox"/> 2) いいえ <input type="checkbox"/> 3) 覚えていない <input type="checkbox"/> 4) 答えたくない</p>
<p>2. 入院することについて、家族内の意見は一致していましたか。</p>	<p><input type="checkbox"/> 1) 一致していた <input type="checkbox"/> 2) 一致していなかった <input type="checkbox"/> 3) わからない <input type="checkbox"/> 4) 家族が関与しなかった <input type="checkbox"/> 5) 答えたくない</p>

F. あなたの精神科の入院に関わる人についてのお考えを教えてください。

1)～6)の質問について、もっともよくあてはまる人を以下の□の枠内の番号からお答えください。

枠内の番号には、あなたからみた関係が書かれています。

1～13の選択肢にあてはまる人がいない場合は、14:その他(), 15:その他②()に関係を自由に記述し、回答してください。

また、誰もあてはまらない(してほしい人がいない)場合は、16とお答えください。

関係性を示す番号

1:父	2:母	3:配偶者
4:配偶者以外のパートナー	5:きょうだい	6:子ども
7:その他の親族	8:友人	9:職場の人
10:近所の人	11:後見人・保佐人	12:地域の支援者(ヘルパー、訪問看護の職員、保健師など)
13:病院職員(主治医・看護師・心理職・ソーシャルワーカーなど)	14:その他 ()	15:その他② ()
16:誰も該当しない		

※例:あなたがよく相談する人は----- (1)

1) あなたのことを一番理解している人は----- ()

答えたくない

2) あなたの希望に沿って、精神科の治療の必要性を考えてくれる人は----- ()

答えたくない

3) あなたが精神科の入院の同意が困難なときに代わりに同意の手続きをしてほしい人は-- ()

答えたくない

4) 精神科に入院しているときに面会に来てほしい人は----- ()

答えたくない

5) 精神科に入院しているときに必要なものを持ってきてほしい人は-----

答えたくない

6) 精神科に入院しているときに退院後の生活について相談に乗ってほしい人は-----

答えたくない

G.精神科への入院のための金銭的負担についてのご経験とお考えを教えてください。

G.の質問は、医療保護入院を経験した方のみお答えください。それ以外の方は、H.の質問へお進みください。

あてはまる内容について、をして、()に必要事項をご記入ください。

<p>1-1. 入院にかかった医療費の支払いは誰によるものでしたか。 ※複数回答可</p>	<p><input type="checkbox"/> 1) 自分 <input type="checkbox"/> 2) 家族 <input type="checkbox"/> 3) 生活保護による医療扶助 <input type="checkbox"/> 4) わからない <input type="checkbox"/> 5) その他 <u>※あてはまる人をご記入ください。</u> () <input type="checkbox"/> 6) 答えたくない</p>
<p>1-2. <u>1-1.で「自分」と回答した方のみ</u>お答えください。 自分が入院に同意していないのに、入院にかかった医療費を自分が支払うことについて、どのように思いますか。</p>	<p><input type="checkbox"/> 1) 納得できる <input type="checkbox"/> 2) どちらかといえば納得できる <input type="checkbox"/> 3) どちらでもない <input type="checkbox"/> 4) どちらかといえば納得できない <input type="checkbox"/> 5) 納得できない <input type="checkbox"/> 6) わからない <input type="checkbox"/> 7) 答えたくない</p>
<p>1-3. よろしければ、1-2.で回答した理由を教えてください。</p>	<p>()</p>
<p>1-4. <u>1-1.で「家族」と回答した方のみ</u>お答えください。 自分が入院に同意していないのに、入院にかかった医療費を家族が支払うことについて、どのように思いますか。</p>	<p><input type="checkbox"/> 1) 納得できる <input type="checkbox"/> 2) どちらかといえば納得できる <input type="checkbox"/> 3) どちらでもない <input type="checkbox"/> 4) どちらかといえば納得できない <input type="checkbox"/> 5) 納得できない <input type="checkbox"/> 6) わからない <input type="checkbox"/> 7) 答えたくない</p>
<p>1-5. よろしければ、1-4.で回答した理由を教えてください。</p>	<p>()</p>
<p>2. 医療保護入院が市町村長同意であった場合、医療費の負担は誰がすべきだと思いますか。</p>	<p><input type="checkbox"/> 1) 自分 <input type="checkbox"/> 2) 家族 <input type="checkbox"/> 3) 市区町村の財源 <input type="checkbox"/> 4) わからない <input type="checkbox"/> 5) その他 <u>※あてはまる対象をご記入ください。</u> () <input type="checkbox"/> 6) 答えたくない</p>

H. 身体科の治療に関するご経験や感じたことを教えてください。

あてはまる内容について、☑をして、()に必要事項をご記入ください。

<p>1-1. 身体疾患の治療を受ける際に、精神疾患があることで不快な対応を受けた経験がありますか。</p>	<p><input type="checkbox"/> 1) よくある <input type="checkbox"/> 2) たまにある <input type="checkbox"/> 3) ほとんどない <input type="checkbox"/> 4) まったくない <input type="checkbox"/> 5) わからない・経験がない <input type="checkbox"/> 6) 答えたくない</p>
<p>1-2. よろしければ、1-1.で回答した具体的な経験を教えてください。</p>	<p>()</p>
<p>2. 身体科への入院経験はありますか。あれば、何科だったかについてもお答えください。</p>	<p><input type="checkbox"/> 1) ある : ()科 <input type="checkbox"/> 2) ない <input type="checkbox"/> 3) わからない <input type="checkbox"/> 4) 答えたくない</p>

身体科への入院経験がある方のみ、3.~8-2.の質問へお答えください。

<p>3. 医師から身体科での入院治療の必要性に関する説明がありましたか。</p>	<p><input type="checkbox"/> 1) 十分な説明があった <input type="checkbox"/> 2) ある程度説明があった <input type="checkbox"/> 3) あまり説明がなかった <input type="checkbox"/> 4) まったく説明がなかった <input type="checkbox"/> 5) 覚えていない <input type="checkbox"/> 6) 答えたくない</p>
<p>4-1. 医師から説明された身体科での入院治療が必要な理由について、その時どのくらい理解できましたか。</p>	<p><input type="checkbox"/> 1) 理解できた <input type="checkbox"/> 2) ある程度理解できた <input type="checkbox"/> 3) あまり理解できなかった <input type="checkbox"/> 4) まったく理解できなかった <input type="checkbox"/> 5) 説明がなかった <input type="checkbox"/> 6) 覚えていない <input type="checkbox"/> 7) 答えたくない</p>
<p>4-2. よろしければ、4-1.で回答した理由を教えてください。</p>	<p>()</p>
<p>5-1. 身体科への入院が決まったときの状況として、あてはまるものはどれですか。</p>	<p><input type="checkbox"/> 1) 納得して入院となった <input type="checkbox"/> 2) 納得はしていなかったが、しぶしぶ同意して入院となった <input type="checkbox"/> 3) 納得していたのに、強制的な入院となった <input type="checkbox"/> 4) 納得せず、強制的な入院となった <input type="checkbox"/> 5) 答えたくない</p>
<p>5-2. よろしければ、5-1.で回答した理由を教えてください。</p>	<p>()</p>

6-1. 身体科での入院中にあなたの治療にかかわったスタッフの人数は十分でしたか。	<input type="checkbox"/> 1) とてもそう思う <input type="checkbox"/> 2) ややそう思う <input type="checkbox"/> 3) あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 4) まったくそう思わない <input type="checkbox"/> 5) 答えたくない
6-2. よろしければ、6-1.で回答した理由を教えてください。	〔 〕
7-1. 身体科での入院中にあなたの治療にかけられた時間は十分でしたか。	<input type="checkbox"/> 1) とてもそう思う <input type="checkbox"/> 2) ややそう思う <input type="checkbox"/> 3) あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 4) まったくそう思わない <input type="checkbox"/> 5) 答えたくない
7-2. よろしければ、7-1.で回答した理由を教えてください。	〔 〕
8-1. 精神科の入院について、身体科の入院と比べてどのような印象を持ちましたか。	<input type="checkbox"/> 1) 他の科と精神科の入院で特に違いを感じなかった <input type="checkbox"/> 2) 他の科と精神科の入院で違いを感じた <input type="checkbox"/> 3) わからない <input type="checkbox"/> 4) 答えたくない
8-2. よろしければ、8-1.で回答した理由を教えてください。	〔 〕

以上でアンケートは終了です。

ご協力いただき、誠にありがとうございました。